

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
RÉSISTANCE AUX HORMONES THYROÏDIENNES (RHT)**

Pour le bon fonctionnement du Centre de Référence, merci de bien vouloir remplir ce document et de l'adresser avec le prélèvement (2 tubes EDTA avec consentement)

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE-ANGERS

**Centre de Référence des Pathologies de la
Réceptivité Hormonale
(Pr Rodien-Pr Coutant)**

**Laboratoire de Biologie
Moléculaire
(Dr Prunier-Mirebeau)**

4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 09
Tel: 02.41.35.79.30

site: www.maladies-endocriniennes.fr

Identité du patient

Nom:.....Lieu de naissance.....
Prénom:.....Lieu de résidence.....
Date de naissance:...../...../.....

Médecin référent (demandeur)

Nom:.....Prénom:.....
Localisation.....
Tel:...../...../.....

Patient: propositus dépistage familial **Mutation connue:**
Date du diagnostic:...../...../..... **Date de prélèvement sanguin:**...../...../.....

Phénotype clinique (à préciser) :

- poids:.....kg taille:.....cm PA:...../.....mmHg Fc:...../min
- asymptomatique (= découverte fortuite)
- goitre:
- manifestations cardiaques:.....
- syndrome d'hyperactivité QI:
- surdité:.....
- infections ORL récidivantes:.....
- anomalies osseuses:.....
- anomalies neuromusculaires:.....

Explorations:

TSH:.....trousse:.....N:.....(date:.....)
T4I:.....trousse:.....N:.....(date:.....)
T3I:.....trousse:.....N:.....(date:.....)
PRL:.....trousse:.....N:.....(date:.....)
Sélénium.....trousse:.....N:.....(date:.....)

- Ac-anti-TPO: présent absent non réalisé
- Ac-anti-Rec TSH: présent absent non réalisé
- Ac-anti-T4 ou anti-T3: présent absent non réalisé
- Test à la TRH (sur TSH):  l vation inchangée non réalisé
- Test à la SMS retard (sur TSH): diminution inchangée (sur T4I) diminution inchangée non réalisé
- Test à la T3 (sur TSH) diminution inchangée (sur T4I) diminution inchangée non réalisé

Imagerie (  préciser):

Echographie thyroïdienne: Goitre nodule GMN
Lobe droit: H..... L....., E..... Lobe gauche: H.....L....., E.....
Scintigraphie: normale anomalie(s):

Traitements (  préciser):

Arbre généalogique (  préciser si dépistage familial) (patient prélevé = flèche; patients atteints = croix)

Questionnaire 'grossesse' des patients RHT

Données de la patiente ou du patient atteint concernant sa naissance

Atteint(e) du syndrome de résistance? OUI- NON

Conjoint(e) d'un patient atteint du syndrome? OUI- NON

Mère / père d'un enfant atteint du syndrome? OUI- NON

Lieu de naissance :

Date de naissance/...../.....

A terme?

Prématuré?

Terme:

Poids de naissance :

Taille de naissance :

Périmètre crânien :

APGAR :

Menace d'accouchement prématuré?

Grossesses spontanées ou après traitement d'infertilité?

Diabète pendant la grossesse ? Hypertension pendant la grossesse?

Médicaments pris pendant la grossesse?

Autres évènements pendant la grossesse

Données concernant de ses parents

Mère

Date de naissance :...../...../.....

A terme?

Prématuré?

Terme:

Poids de naissance :

Taille de naissance :

Périmètre crânien :

APGAR :

Taille finale :

Père

Date de naissance :...../...../.....

A terme?

Prématuré?

Terme:

Poids de naissance :

Taille de naissance :

Périmètre crânien :

APGAR :

Taille finale :

Données concernant le déroulement chaque grossesse pour chaque enfant de la patiente ou du patient.

Grossesse du 1^{er} enfant : NomPrénom.....
Lieu de naissance
Date de début de grossesse :/...../.....
Date de naissance :/...../..... Enfant atteint? OUI- NON
Prématuré? Et terme :
Poids de naissance : Taille de naissance : Périmètre crânien :
APGAR :
Menace d'accouchement prématuré?
Fausse couche et terme?
Grossesses spontanées ou après traitement d'infertilité?
Eventuellement s'il y a eu un changement de conjoint
Diabète pendant la grossesse ? Hypertension pendant la grossesse?
Médicaments pris pendant la grossesse?
Autres évènements pendant la grossesse

Grossesse du 2^{ème} enfant : NomPrénom.....
Lieu de naissance
Date de début de grossesse :/...../.....
Date de naissance :/...../..... Enfant atteint? OUI- NON
Prématuré? Et terme :
Poids de naissance : Taille de naissance : Périmètre crânien :
APGAR :
Menace d'accouchement prématuré?
Fausse couche et terme?
Grossesses spontanées ou après traitement d'infertilité?
Eventuellement s'il y a eu un changement de conjoint
Diabète pendant la grossesse? Hypertension pendant la grossesse?
Médicaments pris pendant la grossesse?
Autres évènements pendant la grossesse

Grossesse du 3^{ème} enfant : NomPrénom.....
Lieu de naissance
Date de début de grossesse :/...../.....
Date de naissance :/...../..... Enfant atteint? OUI- NON
Prématuré? Et terme :
Poids de naissance : Taille de naissance : Périmètre crânien :
APGAR :
Menace d'accouchement prématuré?
Fausse couche et terme?
Grossesses spontanées ou après traitement d'infertilité?
Eventuellement s'il y a eu un changement de conjoint
Diabète pendant la grossesse? Hypertension pendant la grossesse?
Médicaments pris pendant la grossesse?
Autres évènements pendant la grossesse

Grossesse du 4^{ème} enfant : NomPrénom.....

Lieu de naissance

Date de début de grossesse :/...../.....

Date de naissance :/...../..... Enfant atteint? OUI- NON

Prématuré? Et terme :

Poids de naissance :

Taille de naissance :

Périmètre crânien :

APGAR :

Menace d'accouchement prématuré?

Fausse couche et terme?

Grossesses spontanées ou après traitement d'infertilité?

Eventuellement s'il y a eu un changement de conjoint

Diabète pendant la grossesse?

Hypertension pendant la grossesse?

Médicaments pris pendant la grossesse?

Autres évènements pendant la grossesse

Grossesse du 5^{ème} enfant : NomPrénom.....

Lieu de naissance

Date de début de grossesse :/...../.....

Date de naissance :/...../..... Enfant atteint? OUI- NON

Prématuré? Et terme :

Poids de naissance :

Taille de naissance :

Périmètre crânien :

APGAR :

Menace d'accouchement prématuré?

Fausse couche et terme?

Grossesses spontanées ou après traitement d'infertilité?

Eventuellement s'il y a eu un changement de conjoint

Diabète pendant la grossesse?

Hypertension pendant la grossesse?

Médicaments pris pendant la grossesse?

Autres évènements pendant la grossesse

Evaluation phosphocalcique et osseuse des patients RHT

Age à l'évaluation :	Poids : kg	Taille :cm
Périmètre crânien (cm) (bosses frontales-occiput) :		
Cyphose	Oui site:	Non
Scoliose	Oui site:	Non
Fractures osseuses connues	Oui site:	Non
Ménopause	Oui date:	Non

Autres anomalies osseuses:

Données biologiques

	Normes	Date	Résultat
TSH (mU/l)			
T4libre (pmol/l) (ng/l)			
T3libre (pmol/l) (ng/l)			
Calcémie (mmol/l) (mg/l)			
Phosphorémie (mmol/l) (mg/l)			
Albumine (g/l)			
Créatininémie (µmol/l) (mg/l)			
Urée (mmol/l) (g/l)			
PTH (pg/ml)			
25 OH Vitamine D (nmol/l) (µg/l)			
Phosphatases alcalines osseuses (U/l)			
Ostéocalcine (ng/ml)			
C-telopeptide (ng/ml)			
Calciurie (mmol/l) (mmol/24h) (mg/l) (mg/24h)			
Phosphaturie (mmol/l) (mmol/24h) (g/l) (g/24h)			
Créatininurie (mmol/l) (mmol/24h)(mg/l) (mg/24h)			

Données ostéodensitométriques du :

	T-score (DS)	Z-score (DS)
Corps entier		
Col fémoral		
Rachis lombaire		
Hanche		